

Antrag zur Kostenübernahme

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel
gemäß §78 Abs.1 i. V. m. §40 Abs. 2 SGB XI

Kundendaten

Name, Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____
 Pflegekasse: _____
 Versicherten-Nr.: _____
 Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Lieferdaten der monatlichen Versorgung

Pflegedienst, WG, etc.: _____
 Name, Vorname: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen-Einmalgebrauch	50 Stück (21,54 €)						
Fingerlinge	100 Stück (5,64 €)						
Einmalhandschuhe Größe <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> L	100 Stück (7,18 €)						
Mundschutz	50 Stück (7,18 €)						
Schutzschürzen-Einmalgebrauch	100 Stück (13,34 €)						
Schutzschürzen-wiederverwendbar	pro Stück (25,65 €)						
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,21 €)						
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 €)						

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene Produktgruppe (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung (eines Eigenanteils) von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen-wiederverwendbar	pro Stück (26,16 €)						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

(Ort, Datum, Unterschrift Pflegebedürftige/r bzw. Bevollmächtigte/r)

Genehmigungsvermerk (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)
 PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)
 PG 54 bis 40,00 € monatlich
 PG 54 bis 20,00 € monatlich (Beihilfeberechtigter)

(Ort, Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)